

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR POSTGRADO DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.  
HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD.**



**INFORME FINAL**

**TEMA: MORBIMORTALIDAD PERINATAL DEL MANEJO EXPECTANTE DE  
PREECLAMPSIA GRAVE EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD DE  
ENERO A DICIEMBRE DE 2012.**

**PRESENTADO POR:**

**DRA CRISTINA MARIA MACHUCA MOLINA.**

**ASESOR:**

**DR. FRANCISCO ARTURO ALVAREZ POLANCO.**

**DRA.DALIA XOCHITL SANDOVAL LÓPEZ**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**SAN SALVADOR 16 DE DICIEMBRE DE 2013.**

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	2
MARCO TEORICO.....	3
DISEÑO METODOLOGICO.....	23
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	24
ANALISIS DE RESULTADOS .....	31
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFIA.....	45
ANEXOS.....	47

## INTRODUCCIÓN

La preclampsia grave es una de las principales patologías que presentan nuestras pacientes embarazadas y una de las causas de mortalidad materno-fetal más frecuente en nuestro hospital.

Hasta hace unos años el manejo de preclampsia grave al ser diagnosticado era la evacuación independientemente de la edad gestacional velando simplemente por la salud materna y dejando de lado la salud fetal.

Desde hace aproximadamente 15 años el Hospital de Maternidad instauró el manejo expectante con lo cual se han observado beneficios materno-neonatales sobre todo la reducción de complicaciones y mortalidad neonatal debido al alcance de maduración pulmonar previa a la finalización del embarazo.

En el presente estudio se observó la importancia del manejo expectante en la morbilidad perinatal, demostrando los beneficios neonatales de la maduración pulmonar completa observando descenso en la severidad del Distress Respiratorio que pueden presentar los neonatos al nacer.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la morbilidad y mortalidad perinatal del manejo expectante de preclampsia grave en el Hospital Nacional de Maternidad en los meses de enero a diciembre de 2012.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Conocer el número de pacientes que fueron tratadas con manejo expectante de preclampsia grave y el tiempo de duración del mismo en el periodo ya establecido.
2. Identificar cuáles fueron las indicaciones de interrupción del manejo expectante de preclampsia grave
3. Identificar las complicaciones maternas y neonatales más frecuentes

## MARCO TEORICO

Los trastornos hipertensivos de la gestación son una de las complicaciones médicas más frecuentes durante la gestación. La incidencia reportada oscila entre el 5 y el 22 % de todos los embarazos, según diferentes publicaciones, dependiendo de la población y definición utilizada. (1)

**La Preclampsia Grave/Eclampsia** es una de las principales causas de morbimortalidad materna (200.000 muertes maternas por año en el mundo) y fetal (se asocia con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal. En nuestro país, además, está fuertemente asociada al aumento de la morbimortalidad perinatal y al bajo peso al nacer (1)

### **Clasificación de los Trastornos Hipertensivos durante la Gestación:**

Hay varias clasificaciones propuestas

Una de las más simples y que permite unificar criterios es la siguiente:

**Hipertensión Arterial durante el embarazo:** se define como tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mmHg, o tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mmHg. (2)

**Hipertensión Crónica (pre-existente):** hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas del mismo, o bien, hipertensión diagnosticada durante el embarazo por primera vez, pero que no se resuelve luego de la 12<sup>o</sup> semana post parto ( 2)

El pronóstico de la mujer que padece hipertensión crónica y se embaraza depende fundamentalmente de la causa y severidad de la enfermedad preexistente

La probabilidad de complicaciones aumenta en las mujeres con hipertensión severa o daño renal.

El desarrollo de Preclampsia sobreimpuesta empeora notablemente el pronóstico y aumenta la presencia de complicaciones tales como el desprendimiento de placenta normoinserta, el crecimiento fetal alterado y el parto prematuro (2)

La hipertensión crónica durante el embarazo se clasifica en:

LEVE (TA >140/90 mmHg)

SEVERA (TA =180/110 mmHg ( 2 )

**Hipertensión Gestacional (hipertensión inducida por el embarazo):**

Hipertensión descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria. La hipertensión gestacional puede ser un diagnóstico provisional: algunas mujeres pueden desarrollar proteinuria (pre-eclampsia), aunque otras pueden tener hipertensión preexistente que ha sido enmascarada por la disminución fisiológica en la TA en el inicio del embarazo. El diagnóstico de hipertensión gestacional es confirmado si no se ha desarrollado preclampsia y la TA ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas posparto. ( 2 )

**Preclampsia:** la preclampsia o hipertensión inducida por el embarazo en su clasificación clásica, es el trastorno hipertensivo más característico de la gestación. Se caracteriza por la elevación de las cifras tensionales más allá de la semana 20 de gestación, asociándose siempre a proteinuria > 0.3 g en orina de 24 h, y pudiéndose acompañar o no de edemas. De hecho, el edema no se considera en la actualidad como uno de los signos típicos de este síndrome como si ocurría en la actualidad (triada de hipertensión edemas y proteinuria), dada su baja especificidad para el diagnóstico. ( 2 )

**Preclampsia sobreimpuesta a la hipertensión crónica:** la preclampsia puede ocurrir en mujeres con hipertensión crónica, y agravando el pronóstico tanto de la madre como del feto.

Cuanto más tempranamente desarrolle la Preclampsia, mayor posibilidad de RCIU, prematuridad y de complicaciones como el Desprendimiento de placenta normoinsera (3)

**Eclampsia:** una o más convulsiones en asociación con una preclampsia. Ésta es una emergencia obstétrica, con un alto riesgo tanto para la madre como para el feto. Puede ocurrir durante el embarazo, parto o puerperio. (3)

**Preclampsia Grave:** la preclampsia se define como el desarrollo de hipertensión gestacional y proteinuria significativa después de las 20 semanas de embarazo, durante el parto, o en las primeras 48 horas del puerperio (2)

Es la Presión arterial elevada presentada después de 20 semanas de gestación más el involucramiento de uno o más órganos y que resuelve tres meses pos parto.

Proteinuria se define como excreción proteica de 300 mg o mas en orina de 24 hrs. (9)

Es considerada un síndrome o enfermedad de carácter multisistémico que complica del 2 al 8% de los embarazos que ocurren en los países desarrollados y hasta el 10% en los países en desarrollo. Es catalogada como la «enfermedad de las teorías» por su etiología desconocida, a pesar de que muchas vías fisiopatológicas han sido propuestas e investigadas como hipótesis causal. Su incidencia aumenta ante la presencia de diversos factores: es 5 a 6 veces más frecuente en primigestas, complica el 15-20% de los embarazos gemelares y el 25% de los que tienen neuropatía crónica. Se ha estimado que el 15-25% de las pacientes con hipertensión gestacional agregan posteriormente proteinuria, y evolucionan a una preclampsia. (2)

La hipertensión arterial consecuencia del vasoespasmo y edema por pérdida de la integridad vascular e hipoproteinemia.

- Función renal: lesión glomerular con el resultado de proteinuria, siendo la endoteliosis glo-merular la lesión anatomopatológica característica.

Oliguria.

Disminución de la excreción urinaria de calcio.

Aclaración de creatinina < 60-70 ml/h.

Es muy característico que se eleve la uricemia, siendo el ácido úrico la mejor correlación con el índice de gravedad y puede aparecer incluso 8 semanas antes de la clínica hipertensiva. (La uricemia normal del embarazo no sobrepasa los 3,5 mg/dl).

- Hemoconcentración: resultado directo del vasoespasmo arteriolar es la disminución del volumen plasmático circulante siendo los datos más característicos de la preeclampsia el aumento de la hemoglobinemia y del hematocrito.

- Coagulación: existe un estado de hiperagregabilidad plaquetaria añadido a la hipercoagulabilidad fisiológica del embarazo, con disminución del recuento plaquetas.

En casos graves, cuando el grado de lesión vascular es importante se produce hemólisis y destrucción de hematíes a su paso por arteriolas y capilares.

- Hígado: la lesión vascular a nivel hepático puede conducir al desarrollo de dolor epigástrico, de hipocondrio derecho y de vómitos.

La alteración más habitual en casos graves es la necrosis hepatocelular que conlleva aumento de las transaminasas séricas GOT, GPT y de la LDH.

La rotura o el infarto masivo hepáticos son complicaciones fatales pero infrecuentes.

- Manifestaciones neurológicas: vasoespasmo cerebral.  
Las lesiones cerebrales son las responsables del 72% de las muertes maternas.

El sistema vascular cerebral es extremadamente sensible en la preeclampsia y el grado de vasoespasmo no siempre se correlaciona con las cifras de tensión arterial.

El resultado es la aparición de: cefalea, de predominio frontal; riesgo de convulsiones y hemorragia cerebral; fotopsias, escotomas e incluso ceguera cortical transitoria; reflejos ten-dinosos hiperactivos.

En función de estos cambios existe una serie de criterios para valorar y determinar que nos encontramos ante un cuadro de preeclampsia grave, siendo necesario que aparezca tan sólo uno de los siguientes para diagnosticar el cuadro de preeclampsia grave: (9)

TA > 160 mmHg sistólica, > 110 mmHg diastólica más proteinuria > 2.0 g/24 horas o mayor de 2 cruces en tira reactiva que puede o no ir acompañado de lo siguiente:

- Aumento de la creatinina mayor de 1.2 mg
- Oliguria < 400 ml/24 hrs
- Hemólisis microangiopática, aumento de LDH
- Plaquetopenia Severa (< 100.000/ mm<sup>3</sup>)
- Aumento de enzimas hepáticas
- RCIU
- Síntomas de daño de órgano blanco (cefalea, disturbios visuales y/o epigastralgias)(7)

### **Conducta Expectante**

El manejo conservador en preclampsia grave ha sido reportado en la literatura internacional por Odentaal, en 1987 y posteriormente por Sibai, en 1990, y en México por Romero en el año 2000, informando que este manejo mejora el resultado neonatal e incrementa el peso al nacer sin aumentar las complicaciones maternas.

La preclampsia eclampsia es la complicación más común del embarazo y está relacionada con alta morbilidad y mortalidad materno-fetal; a pesar de los esfuerzos terapéuticos reportados por diversos autores, prevalece alta incidencia y letalidad.

No existe por el momento un tratamiento conservador validado adecuadamente. Históricamente la terapéutica está basada en la interrupción de la gestación, acompañándose de elevada morbilidad y mortalidad perinatal, debida a prematurez, en nuestro país de acuerdo con los reportes de los indicadores básicos de la Secretaría de Salud del año de 1999, la tasa de mortalidad neonatal es de 14.5 por 1,000 nacidos vivos, que comparativamente con los países desarrollados, tenemos un impacto por lo menos 10 veces mayor. (5)

### **Guía para el tratamiento Conservador:**

Es el tiempo durante el cual se sostiene el tratamiento médico y la conducta expectante en una paciente que no requiera terminación inmediata. En general se efectúa para un probable beneficio fetal o cuando estamos a la espera de una infraestructura adecuada (derivación a nivel adecuado de complejidad)

Durante el mismo es necesario cumplir con los siguientes requisitos

- Nivel III de complejidad (UTI materna y neonatal, Laboratorio 24hs, Rayos 24hs,
- Medicina Transfusional.
- Tratamiento Médico en UTI o Cuidados Especiales: antihipertensivos de acción rápida y de sostén. Prevención de las convulsiones con Sulfato de Magnesio, Maduración Pulmonar Fetal, Control y medidas de Soporte, Vigilancia estricta Materno-fetal
- Pruebas de Laboratorio seriadas y frecuentes
- Reevaluación constante del estado materno fetal
- Paciente hemodinámica mente estable e hipertensión controlada
- Asintomática Sin signos de compromiso parenquimatoso severo
- Estabilidad fetal (2)

***La decisión entre interrumpir el embarazo o manejo conservador depende de la edad Gestacional, del estado fetal, y del estado materno mientras esperamos.***

***La conducta conservadora es posible solo en un reducido grupo de mujeres, con embarazos menores a 32 sem y en centros terciarios (6)***

Características maternas y fetales que indiquen el parto rápido o el tratamiento expectante de la preeclampsia grave de comienzo precoz

Parto rápido	Tratamiento expectante
Hipertensión grave incontrolada (presión arterial diastólica persistente > 110 mm Hg)	Hipertensión controlada
Edema pulmonar	Proteinuria de cualquier grado
Eclampsia recurrente	Eclampsia*
Síndrome HELLP con dolor epigástrico persistente o flaccidez del cuadrante superior derecho	Síndrome HELLP sin dolor epigástrico o flaccidez del cuadrante superior derecho
Abrupción placentaria	Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal normal
Persistencia de dolor de cabeza intenso o alteraciones visuales	Pruebas ecográficas de continuación del crecimiento fetal
Deceleraciones repetidas tardías o deceleraciones variables importantes	Flujo telediastólico positivo de la arteria umbilical
Peso estimado en la ecografía $\leq$ al quinto percentil y sin pruebas de crecimiento en 1-2 semanas	
Velocidades de flujo telediastólico doppler de la arteria umbilical inverso	

\*La mayoría de las convulsiones se produjeron antes del ingreso en el hospital. Después de la estabilización, puede considerarse la posibilidad de realizar tratamiento expectante bajo vigilancia estrecha. Adaptado de Friedman et al. [121].

En un estudio de pacientes con manejo conservador de Preclampsia grave se obtuvieron los siguientes resultados:

Se incluyeron 34 mujeres con preclampsia grave y eclampsia, que ingresaron en forma consecutiva a la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Ginecología y Obstetricia, del Instituto Materno Infantil del Estado de México, durante un período comprendido de octubre del 2001 a febrero de 2002, que recibieron tratamiento protocolizado (expansión de volumen mediante cristaloides a razón de 125 a 150 ml por hora, coloides, albúmina humana 50 ml cada 8 ó 12 horas, control antihipertensivo mediante infusión de isoxuprina a dosis respuesta, y antihipertensivos orales a dosis convencionales, protección a órgano blanco, con el uso individualizado de esteroides, dipiridamol, heparina a dosis profiláctica, y en algunos casos dopamina a dosis-dopa (1 a 4 microgramos/K/ minuto), difenilhidantoína de sodio, sulfato de magnesio, fenobarbital, también a dosis individualizadas, monitoreo electromecánico y vigilancia clínica continua), consideramos como tratamiento conservador al período mayor a 24 horas que se ofreció a estas pacientes con embarazos menores a 36 semanas de gestación, y en las que comprobamos buena respuesta al tratamiento y sin la evidencia de un compromiso materno fetal, descartando, además cualquier otra patología previa o concomitante al embarazo actual. (3)

### **Resultados**

Del grupo estudiado de 34 enfermos, 29 de ellas presentaron preclampsia grave, que corresponde a 85%, 3 con eclampsia, correspondiente a 3%, 1 presentó inminencia de eclampsia con 3% y 1 con síndrome de HELLP, que corresponde al 3%.

Se identificó a 50% como primigestas y en 6% correspondió a un embarazo gemelar. (3)

## Discusión

- El tratamiento conservador reportado en la literatura médica se refiere exclusivamente a pacientes con preclampsia grave, en la presente comunicación estamos incluyendo tres casos de eclampsia de tipo convulsivo y un caso documentado como síndrome de HELLP, sin observar mortalidad materna.

- Los resultados neonatales incluyeron 88% recién nacidos pretérmino, que sobrevivieron y evolucionaron sin complicaciones, cuatro fallecimientos (12%); dos por inmadurez extrema, otro sucumbió por hemorragia interventricular y uno más por falla orgánica múltiple propiciados y magnificados por la misma prematurez. ( 3 )

- El promedio de tiempo comprendido entre el ingreso al hospital y la interrupción del embarazo (manejo conservador fue de 3.5 días y la decisión de interrumpir la gestación fue tomada en base al comportamiento de las variables medidas, así como de la respuesta al mismo tratamiento.

El tratamiento conservador en enfermos con preclampsia y eclampsia es una alternativa factible en hospitales que cuentan con unidades de cuidados intensivos, con objeto de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los recién nacidos pretérmino. (3)

La Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia realizó un estudio que expone lo siguiente:

En la preclampsia severa se atiende el parto inmediatamente, sin considerar el estado del feto. Desde hace algunas décadas, los médicos acordaron que la preclampsia requiere hospitalización, pero hay controversias entre el tratamiento agresivo y el expectante.

Estos dos procedimientos se revisan con base en pruebas médicas. Con tratamiento conservador, en la bibliografía inglesa existen 15 pruebas no controladas ni al azar y cuatro en América Latina que destacan la prolongación del embarazo entre 10 y 14 días, sin incremento en la morbilidad materna. Sin embargo, estos estudios se criticaron por no seleccionar las pacientes al azar y por no ser controlados. Dos pruebas controladas y al azar demostraron mejoría en los resultados neonatales sin afectar los maternos con tratamiento expectante. Una revisión sistemática de estas dos pruebas concluye que no hay datos suficientes para cualquier recomendación confiable y afirman que son necesarias pruebas mejores. En Estados Unidos, el Grupo Nacional de Trabajo en el Programa de Educación de Hipertensión Arterial considera posible el tratamiento expectante solamente para un grupo selecto de mujeres con 23 a 32 semanas de embarazo. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda que este tratamiento se realice en una unidad de cuidados terciarios o en consulta con un gineco-obstetra con capacitación en embarazos de alto riesgo. Se resume la propuesta actual para el tratamiento conservador de mujeres con preclampsia severa que les falta mucho para que su embarazo esté a término comparación de diferentes investigaciones (3)

En esta investigación el propósito es revisar la evolución de las pruebas científicas que han proporcionado ventajas demostrables al recién nacido y justifican posponer el parto en la preeclampsia severa. Se realizó una búsqueda en algunos sistemas de bibliografía de habla inglesa, portuguesa e hispana (Medline, Pubmed, Biblioteca Cochrane, Bireme, Lilacs). (3)

## **PRUEBAS NO CONTROLADAS NI AL AZAR**

### **Bibliografía de habla inglesa**

En la búsqueda de bibliografía de habla inglesa se consiguieron 15 pruebas no controladas, sin asignación al azar que se realizaron entre 1979 y el 2005. La mayor parte de ellas consideró sólo el tratamiento expectante y algunas lo compararon con el agresivo. Con el tratamiento expectante, los resultados de los estudios mostraron que se logró prolongar el embarazo y obtener buenos resultados maternos y perinatales. (4)

### **Bibliografía latinoamericana**

En América Latina se consiguieron cuatro trabajos no controlados sin asignación al azar que también reportan los resultados con tratamiento expectante en la preclampsia severa. (4)

En resumen, la mayor parte de esos estudios destaca la importancia de la edad gestacional al momento del parto, más que la gravedad de la preclampsia como primer determinante de los resultados perinatales.

Las tasas de mortalidad perinatal fueron apropiadas para la edad gestacional al momento del parto y para la disponibilidad de cuidados neonatales. En la mayor parte de ellos se logró la prolongación del embarazo entre 10 y 14 días. Este hecho destaca, ya que para fetos menores de 32 semanas cada día ganado es importante para mejorar los resultados perinatales: en décadas pasadas pocos de ellos sobrevivían. En estas investigaciones no se incrementó la morbilidad materna, lo cual sensibilizó a la comunidad científica acerca del tratamiento expectante; sin embargo, recibieron críticas debido a que no seleccionaron a las pacientes al azar y por no ser controlados. Por lo tanto, es necesario evaluar las pruebas controladas y al azar para demostrar la validez y utilidad del tratamiento conservador. (4)

## **PRUEBAS CONTROLADAS Y AL AZAR**

En la preclampsia severa lejos del término, hasta la fecha en que se realizó este estudio dos pruebas controladas y al azar han comparado el tratamiento agresivo, activo o intervencionista, con el tratamiento conservador o expectante. Cuando se opte por el tratamiento expectante es primordial la selección de las pacientes, lo cual se observó en estudios de Odendaal y sus colaboradores y de Sibai y sus colaboradores, ya que hubo 34 y 26%, respectivamente, de pacientes ingresadas con preclampsia severa con condiciones maternas y fetales inestables, que debieron excluirse posteriormente. En trabajos anteriores, ambos grupos de investigación obtuvieron resultados maternos y fetales menos favorables. Estos trabajos controlados y al azar destacaron la importancia de pensar también en el feto (tratamiento expectante o conservador) y no sólo en la madre (tratamiento agresivo, activo o intervencionista), ya que demostraron mejores resultados neonatales al prolongar el embarazo de 7 a 15 días, sin afectar los resultados maternos.

En 1991, en una prueba controlada y al azar, Fenakel y sus colaboradores lograron prolongar el embarazo. No confrontaron las dos formas de tratamiento de la preeclampsia severa, pero compararon nifedipina e hidralazina para el control de la tensión arterial en 49 pacientes con preeclampsia severa de 26 a 36 semanas de embarazo. También, obtuvieron prolongación del embarazo en  $15.5 \pm 10$  y  $9.5 \pm 11$  días, en las que recibieron nifedipina e hidralazina, respectivamente; esta diferencia no fue estadísticamente significativa. (4)

## **REVISIÓN SISTEMÁTICA**

En la búsqueda más reciente en la Biblioteca Cochrane (número 1, 2006), sólo se obtuvo una revisión sistemática del tratamiento agresivo y expectante de Odendaal y sus colaboradores juntaron 133 pacientes (38 del primer grupo de investigadores y 95 del segundo).

Se estratificaron en dos grupos: de 24 a 28 y de 29 a 34 semanas de embarazo. Se consideró tratamiento agresivo, activo o intervencionista cuando se realizó el parto temprano después de esteroides, y tratamiento expectante o conservador cuando, después de administrar esteroides, se retrasó el parto hasta que estuviese indicado. Las variables maternas estudiadas fueron: mortalidad, eclampsia, daño cerebral, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, síndrome HELLP, edema pulmonar, paro cardíaco, necesidad de vigilancia invasora y cesárea. Las perinatales fueron: muerte fetal y neonatal, puntuación APGAR de los 5 minutos, convulsiones, hemorragia intraventricular, enfermedad de la membrana hialina, neumotórax, enterocolitis necrotizante, ventilación > 7 días, y daño y parálisis cerebral. Las de los recursos de salud fueron: necesidad de cuidados intensivos maternos, dependencia alta de cuidados intensivos maternos, tiempo de estancia en la unidad de cuidados intensivos, ventilación neonatal y administración de surfactante a los neonatos. La calidad de la revisión se vigiló con base en el manual de revisores Cochrane y los datos se extrajeron y examinaron independientemente por ambos revisores. Las pruebas fueron vigiladas con un grado señalado a cada una, con base en la asignación siguiente: A, adecuada; B, no clara, y C, claramente inadecuada. Los autores no consiguieron datos suficientes para conclusiones confiables en la comparación de los resultados maternos. En cuanto a los resultados perinatales, no consiguieron datos suficientes para conclusiones confiables en cuanto a muerte fetal o neonatal: riesgo relativo 1.50 e intervalo de confiabilidad 95% 0.42-5.41. Los recién nacidos del grupo de tratamiento agresivo tuvieron 95% 1.39-3.81), y de enterocolitis necrotizante (RR 5.5; IC 95% 1.04-29.56) y necesitaron más admisiones a la unidad de cuidados intensivos (RR 1.32; IC 95% 1.13-1.55) que los del grupo expectante. Sin embargo, los de tratamiento intervencionista fueron menos pequeños para la edad gestacional (RR 0.36; IC 95% 0.14-0.90) que los de tratamiento conservador. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las otras variables

analizadas. Se concluyó que no hay datos suficientes para cualquier recomendación confiable acerca de la política de cuidado para las mujeres con preeclampsia severa de inicio temprano y afirmaron que se necesitan mejores pruebas. (4)

## **GRUPO NACIONAL DE TRABAJO EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE ESTADOS UNIDOS**

Este grupo se reunió en Bethesda, Estados Unidos, y trabajó en el estudio de los trastornos hipertensivos del embarazo. Está formado por un equipo principal de 11 expertos y representantes de 39 organizaciones o sociedades científicas y de siete agencias federales de salud. Su reunión más reciente fue en el 2000,<sup>1</sup> cuando actualizaron el reporte anterior de 1990.

Revisaron la clasificación, fisiopatología y tratamiento de la hipertensión arterial en el embarazo, mediante consensos y medicina basada en pruebas. También, distinguieron la hipertensión crónica antes del embarazo y la hipertensión específica del embarazo o preeclampsia, y el tratamiento de sus complicaciones. En relación con la preeclampsia y las razones para el tratamiento, sus objetivos se basan en la filosofía y el conocimiento de la patología, fisiopatología y pronóstico de la enfermedad para la madre y el feto. Además, este reporte reconoce al parto como el único tratamiento definitivo de la preeclampsia y sugiere algunas indicaciones maternas y fetales para el parto. Entre las indicaciones maternas mencionan: edad gestacional  $\geq 38$  semanas, plaquetas  $< 100,000 \text{ mm}^3$ , deterioro progresivo de la función hepática, sospecha de desprendimiento prematuro de la placenta, cefaleas graves o cambios visuales persistentes y náuseas, vómitos o dolor epigástrico persistentes. Entre las indicaciones fetales están la restricción del crecimiento intrauterino grave, resultados alterados de las pruebas fetales y oligoamnios.

El tratamiento antes del parto prolongado de la preeclampsia severa lo consideran posible solamente para un grupo selecto de mujeres con embarazo de 23 a 32 semanas. En algunos casos la preeclampsia disminuye después de la hospitalización, tratamiento con sulfato de magnesio y antihipertensivos. Este tratamiento puede prolongar el embarazo y disminuye la morbilidad y mortalidad perinatal. Las pacientes deben ser internadas sólo en centros equipados para proporcionar vigilancia materna y fetal continua. El parto de embarazos pretérmino está indicado cuando aumentan los síntomas maternos, cuando hay pruebas de laboratorio de disfunción orgánica terminal o se deteriora el estado del feto. (9)

### **COLEGIO AMERICANO DE OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS**

Este colegio evaluó el diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en su boletín número 33 del 2002.<sup>5</sup> Señala que el tratamiento de la mujer con preeclampsia severa lejos del término del embarazo se cumple mejor en una unidad de cuidados terciarios o en consulta con un ginecoobstetra con capacitación, experiencia y competencia demostradas en el tratamiento de embarazos de alto riesgo, como los subespecialistas en medicina materno-fetal. La evaluación por laboratorio y la vigilancia fetal deben ser diarias y dependen de la gravedad y progresión de la enfermedad. (5)

### **TRATAMIENTO EXPECTANTE EN LA ACTUALIDAD**

Con base en los resultados, propuestas y recomendaciones de las diferentes pruebas de investigación de otros estudios, <sup>2, 14, 30, 31,34-36</sup> en el reporte de la preeclampsia del Grupo Nacional de Trabajo en el Programa de Educación de Hipertensión Arterial<sup>1</sup> y en la posición del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos,<sup>5</sup> a continuación se resume la propuesta actual para el tratamiento expectante en mujeres con preeclampsia severa lejos del término. (5)

### **Estabilización y Selección de las pacientes**

A menos que el estado materno o fetal sea grave, y que se requiera la evacuación uterina inmediata, las pacientes hospitalizadas deben ser observadas durante 48 a 72 horas en la sala de partos de un centro de atención terciaria. El propósito es estabilizar y mejorar su estado, realizar los exámenes necesarios para la vigilancia fetal y materna, y hacer el diagnóstico. Para esto, se les restringe el consumo oral y se les administran esteroides para maduración pulmonar fetal (betametasona: 2 dosis de 12 mg intramuscular con 24 horas de separación o dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis), sulfato de magnesio (dosis de carga de 6 g endovenosos diluidos en 100 cc durante 15 a 20 minutos, seguidos por 2 g cada hora en infusión endovenosa como dosis de mantenimiento), antihipertensivos por vía endovenosa u oral (si la tensión arterial diastólica es  $\geq 110$  mmHg) y solución de Ringer lactato con dextrosa al 5% (a razón de 100-125 cm<sup>3</sup>/hora). Se determina la hematología completa, plaquetas, creatinina, ácido úrico, pruebas de funcionamiento hepático y proteinuria y creatinina en orina de 24 horas. Después de este periodo de observación y estabilización, y de acuerdo con el estado materno o fetal, se decide cuáles pacientes deben tratarse de manera enérgica o expectante. (5)

### **Tratamiento activo, intervencionista o agresivo**

Con respecto a la salud materna, se realiza este tratamiento si tienen uno o más de los siguientes signos: 1) hipertensión grave no controlada, 2) eclampsia, 3) plaquetas < 100,000 mm<sup>3</sup>, 4) enzimas hepáticas aumentadas el doble o más de su valor normal, con epigastralgias o dolor en el hipocondrio derecho, 5) edema pulmonar, 6) afectación de la función renal, 7) desprendimiento prematuro de placenta y 8) cefalea grave persistente o cambios visuales. En relación con la salud fetal, este tratamiento se realiza cuando hay uno o más de los siguientes signos: 1) desaceleraciones tardías repetidas o desaceleraciones

variables graves, perfil biofísico fetal  $\leq 4$  puntos en dos ocasiones con cuatro horas de intervalo, 2) índice de líquido amniótico  $\leq 2$  cm, 3) peso fetal  $\leq 5^{\circ}$  percentil y 4) onda de velocidad de flujo diastólico en reversa en la arteria umbilical. (5)

### **Tratamiento expectante o conservador**

Se realiza cuando al evaluar la salud materna hay uno o más de los siguientes signos: 1) hipertensión controlada, 2) proteinuria, 3) oliguria ( $\leq 0.5$  cm<sup>3</sup>/kg/h) que se resuelve con ingestión o administración de líquidos y 4) enzimas hepáticas del doble o más de su valor normal, sin epigastralgias o dolor en el hipocondrio derecho. Al valorar la salud fetal deben existir los siguientes factores: 1) perfil biofísico fetal  $\geq 6$  puntos, 2) índice de líquido amniótico  $> 2$  cm y 3) peso fetal  $> 5^{\circ}$  percentil. Con respecto a la restricción del crecimiento intrauterino, en el 2000 Chamas y sus colaboradores<sup>37</sup> publicaron su experiencia con 47 pacientes con preeclampsia severa ( $< 34$  semanas), con y sin restricción del crecimiento intrauterino. Encontraron que 85.7% de las pacientes que tenían fetos con restricción del crecimiento intrauterino parieron una semana antes que las que no los tenían. Se recomendó observación estricta cuando haya restricción del crecimiento intrauterino, ya que el tratamiento conservador no parece tener ventajas. (5)

### **Atención obstétrica**

Estas pacientes deben atenderse en la sala de parto y se les retira el sulfato de magnesio, se les administran antihipertensivos por vía oral y diariamente se les controla la tensión arterial cada cuatro horas, las plaquetas y el perfil biofísico fetal. Cuando están estables, se les realiza una prueba de reactividad fetal diaria y un perfil biofísico fetal dos veces a la semana. El ultrasonido se realiza dos veces a la semana y la amniocentesis entre la semana 32 y 34 de

embarazo. Si comienza el trabajo de parto de forma prematura, recomiendan sulfato de magnesio como anticonvulsivante y no utilizan uteroinhibidores. (10)

### **Vía de parto**

Es preferible el parto vaginal porque evita agregar el estrés de la intervención quirúrgica a las múltiples alteraciones de las pacientes con este padecimiento. Después de tomar la decisión de interrumpir el embarazo, debe realizarse la inducción del parto por los métodos habituales. La cesárea se realiza ante el fracaso de la inducción o por otras indicaciones médicas u obstétricas. Tres estudios retrospectivos han revisado la vía del parto en la preeclampsia severa. La de Coppage y Polzin<sup>8</sup> es una revisión de 93 casos de preeclampsia severa. De estas pacientes, se les hizo cesárea inmediata a 34 (36.5%) e inducción del parto a 59 (63.5%), de las cuales 37 tuvieron parto por vía vaginal (62.7%) y a 22 (37.3%) se les hizo cesárea. Las complicaciones pulmonares maternas y neonatales fueron más frecuentes en las pacientes con cesárea ( $p < 0.05$ ), la cual no disminuyó la morbilidad. Para los autores, la cesárea inmediata no proporciona ventajas a las pacientes con preeclampsia severa. En el segundo trabajo, Nassar y sus colaboradores<sup>38</sup> analizaron 306 pacientes con preeclampsia severa entre 24 y 34 semanas, de las cuales a 161 (52.6%) se les realizó cesárea y a 145 (47.4%) se les indujo el parto. Se obtuvieron 48.3% partos vaginales después de la inducción. Los resultados fueron semejantes, por lo que consideran al parto vaginal una opción razonable en estas pacientes y a la evaluación de Bishop del cuello uterino el mejor pronóstico de éxito en la inducción, aunque la oportunidad de éxito se incrementa si la edad gestacional es mayor. En la tercera investigación Alexander y sus colaboradores<sup>39</sup> compararon las dos vías de parto y revisaron los resultados neonatales de 278 recién nacidos de madres con preeclampsia severa que pesaron 750 y 1,500 g. De ellas, 133 (47.9%) parieron por cesárea y a 145 (52.1%) se les indujo el parto; el total de éxito fue de 50 (34.4%). Sus resultados fueron comparables en

ambos grupos de neonatos, por lo que concluyen que la inducción del parto en la preeclampsia severa no es peligrosa para recién nacidos de bajo peso al nacer. (5)

### **Anestesia**

Las técnicas conductivas (peridural, subdural u otras) pueden utilizarse para analgesia durante el parto o para cesárea, sin que causen daño. Su principal complicación es la hipotensión, la cual es mayor con la anestesia subdural y puede evitarse manteniendo a la paciente en decúbito lateral y con la expansión cuidadosa del volumen plasmático. Sin embargo, Hood y sus colaboradores, 40 en un trabajo retrospectivo de 1999, encontraron descensos de la tensión arterial semejantes con ambas técnicas. En casos de coagulo-patías, las anestесias conductivas están relativamente contraindicadas, debido a la posibilidad de sangrado en el sitio de punción. En otro estudio retrospectivo (1999), Hogg y sus colaboradores<sup>41</sup> reportaron que la anestesia peridural no incrementó las cifras de cesárea, edema pulmonar e insuficiencia renal. Un trabajo retrospectivo de las muertes relacionadas con anestesia durante el parto en Estados Unidos, entre 1979 y 1990, concluyó que la anestesia general provoca más complicaciones y muertes en paciente embarazadas que las conductivas, aunque no están exentas de riesgos.<sup>42</sup> Sin embargo, en pruebas controladas y al azar con 80 mujeres con cesárea por preeclampsia severa, Wallace y sus colaboradores (1995)<sup>43</sup> compararon ambas técnicas y las consideran igualmente aceptables si se toman las previsiones adecuadas. En la anestesia general pueden manifestarse crisis hipertensivas durante la intubación y la extubación, que pueden controlarse con la administración previa de hidralazina, nitroglicerina o labetalol. Además, en las pacientes con preeclampsia puede haber edema de las vías aéreas, que dificulta la intubación y la ventilación.

En estos casos debe evaluarse el riesgo de intubación fallida durante la anestesia general, con el riesgo de hipotensión transitoria provocada por las técnicas conductivas. Siempre que sea posible se recomienda realizar en forma temprana una consulta preanestésica. (5)

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Esta investigación es observacional ya que no se realiza intervención en el sujeto de estudio.

En todos los casos se mantendrá la confidencialidad de la información recolectada; para tal efecto solo se documentaran en el informe final los números de registro de cada caso.

Esta investigación será revisada por el comité de ética en investigación local y se aceptaran todas las observaciones que deban ser incorporadas al protocolo de la misma. Por lo tanto no se violará ningún derecho de los sujetos en estudio.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

**TIPO:** Descriptivo, retrospectivo, transversal.

**UNIVERSO:** Total de pacientes atendidas con diagnóstico de Preclampsia Grave entre el periodo primero de enero al 31 de diciembre de 2012 que totalizaron 216 casos

**MUESTRA:** Toda Pacientes con diagnóstico de Preclampsia Grave que reunían criterios de manejo conservador en el periodo de estudio en total 30 pacientes

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Pacientes con Preclampsia grave que cumple criterios de manejo conservador. Con edad gestacional entre las 25 y 33 6/7 semanas.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Embarazo menor de 25 semanas y mayor de 34 semanas de partos extrahospitalarios.

**TIEMPO:** Periodo comprendido entre Enero y diciembre de 2012

**FUENTE DE DATOS:** expedientes clínicos

**INSTRUMENTO:** hoja de recolección de datos.

**ANALISIS ESTADISTICO QUE SE UTILIZÓ:** Tablas con formato Excel y complemento con Epi Info versión 3.5.1

## **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Definición de Preclampsia Grave (conceptual): Tensión arterial sistólica de 160 mm Hg o más y/o tensión arterial diastólica mayor o igual a 110 mm Hg.

- Proteinuria de 2 gramos o más en orina de 24 horas (o 3+ en tira reactiva).

Con o sin uno de los siguientes criterios:

- Creatinina sérica mayor de 1,2 mg / dl.
- Menos de 100000 plaquetas o bien anemia hemolítica microangiopática.
- Enzimas hepáticas elevadas por encima de los niveles normales del laboratorio.
- Cefalea, alteraciones visuales o epigastralgia o dolor en barra en abdomen superior.

Tipo de Variable: Dicotomica

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TECNICA	INSTRUMENTO
<p style="text-align: center;"><b>VI</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Manejo expectante de Preclampsia Grave</b></p>	<p>Presión arterial de 140/90 compresiones controladas,</p> <p>Proteinuria mayor de 3 gr en orina de 24 hrs o 3 + en tira reactiva con o sin uno o más de los siguientes:</p> <p>Creatinina sérica mayor de 1,2 mg / dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 100000 plaquetas o bien anemia hemolítica microangiopática.</li> <li>- Enzimas hepáticas elevadas por encima de los niveles normales del laboratorio.</li> <li>- Cefalea, alteraciones visuales o dolor epigástrico.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Revisión de expediente clínico</p>	<p style="text-align: center;">Cuestionario</p>

<p><b>VD</b></p> <p><i>Maternos:</i></p> <p><b>Abrupcio de placenta.</b></p> <p><b>Urgencia y Emergencia Hipertensiva</b></p> <p><b>Eclampsia.</b></p> <p><b>Síndrome de HELLP.</b></p> <p><b>CID EAP</b></p> <p><b>Hematoma Hepático</b></p> <p><b>Hemorragia Cerebral</b></p> <p><b>IRA</b></p> <p><b>Muerte</b></p>	<p>Abrupcio de placenta: Es desprendimiento de la placenta normoinserta</p> <p>Emergencia hipertensiva: la elevación súbita de la TA sistólica y diastólica, asociada con daño de órgano blanco con TA 220/120-130</p> <p>Urgencia hipertensiva cuando no hay daño agudo de órgano blanco con TA 220/120-130</p> <p>Eclampsia: Convulsiones que no puede atribuirse a otra causa</p> <p>Síndrome de HELLP: Síndrome caracterizado por hemolisis (H), elevación de enzimas hepáticas (elevated liver, EL), y recuento de plaquetas bajo (low platelets, LP) Hemolisis: bilirrubina &gt; 1,2 mg/dl.</p> <p>Hb &lt; 10 gr/dl.</p> <p>LDH &gt; 600 UI.</p> <p>Presencia de esquistocitos.</p> <p>-Enzimas hepáticas: transaminasas, GOT &gt; 70 UI.</p> <p>LDH &gt; 600 UI.</p> <p>Plaquetas &lt; 100000/ml.</p> <p>CID: Disminución progresiva y rápida del recuento plaquetario o un</p>	<p>Si o no</p>	<p>Revisión de expediente clínico</p>	<p>Cuestionario</p>
--	--	----------------	---------------------------------------	---------------------

	<p>recuento inicial menor de 100.000, prolongación de los tiempos de coagulación, presencia de productos de degradación del fibrinógeno / fibrina, y un bajo nivel plasmático de inhibidores de la coagulación como son la ATIII (estando anormal en el 89% de los casos) y la proteína C.</p> <p>Edema Agudo de Pulmón:</p> <p>Se define como edema pulmonar agudo la acumulación anormal y de rápido desarrollo de líquido en los componentes extravasculares del pulmón, lo que incluye tanto el intersticio pulmonar (fase intersticial del edema) como los espacios alveolares (edema Alveolar). Los hallazgos clínicos más comunes son la incapacidad para tolerar el decúbito, la taquicardia, taquipnea y el hallazgo de ruidos agregados pulmonares bilaterales, con mayor frecuencia estertores alveolares y sibilancias</p>			
--	--	--	--	--

	<p>La hemorragia hepática espontánea con formación de un hematoma subcapsular (HSH) y rotura de la cápsula de Glisson, es una complicación infrecuente del embarazo, pero asociada a una elevada morbi-mortalidad.<sup>Se</sup> caracteriza por dolor abdominal es frecuente que se irradie al hombro y escápula derecha como consecuencia del hemoperitoneo. Otros síntomas son vómitos, dificultad respiratoria, anemia, distensión abdominal y signos de irritación peritoneal, hipotensión y otros síntomas de shock hipovolémico.</p> <p>Hemorragia Cerebral: es una hemorragia intra-axial, es decir, que se produce en el tejido cerebral<sup>1</sup> en lugar de fuera de él que puede presentar Hipertensión Intracraneana.</p>			
--	--	--	--	--

<p><b>Neonatales: Distres Respiratorio. Membrana Hialina.</b></p>	<p>Insuficiencia Renal Aguda: es un síndrome clínico caracterizado por la disminución rápida y generalmente reversible de la función renal, que conlleva a la elevación progresiva de los desechos nitrogenados y puede generar alteraciones hidroelectrolíticas, del equilibrio ácido básico o ambas.</p> <p>Distres respiratorio o Enfermedad de la Membrana Hialina: La membrana que se forma a nivel alveolar por falta de factor surfactante dificultad respiratoria al nacer, cianosis y quejido espiratorio observando taquipnea, tirajes subcostales, aleteo nasal.</p>			
---	---	--	--	--

<p><b>Asfixia Perinatal Muerte</b></p>	<p>Asfixia Perinatal:1. Gasometría del cordón umbilical con pH de 7.0 o menos.</p> <p>2. Calificación de APGARr de 0 a 3 por más de 5 minutos.</p> <p>3. Datos clínicos de encefalopatía hipóxico-isquémica (Sarnoff).</p> <p>4. Evidencia bioquímica de disfunción orgánica múltiple</p>			
--	---	--	--	--

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS.**

Presentación de resultados:

Total Universo: 216 expedientes.

Total Muestra: 30 expedientes.

Incluidos: 30

Excluidos: 186

### **TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS.**

**TABLA 1 MANEJO EXPECTANTE**

<b>Manejo Expectante</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	17	56.7%
<b>No</b>	13	43.3%
<b>Total</b>	30	100.0%

La siguiente tabla demuestra que de las 30 pacientes con Diagnostico de Preclampsia Grave entre las 25 y 33 6/7 semanas a 17 pacientes que se les brindo manejo expectante de Preclampsia Grave y 13 pacientes no se les brindo manejo expectante de Preclampsia Grave.

**TABLA 2:**  
**TIEMPO DE EVACUACIÓN POSTERIOR A MANEJO EXPENTANTE**

<b>TIEMPO DE EVACUACION</b>			
<b>Manejo Expectante</b>	Más de 48 h	Menos de 48 h	TOTAL
<b>SI</b>	9	8	17
<b>Row %</b>	52.9	47.1	100.0
<b>No</b>	0	13	13
<b>Row %</b>	0.0	100.0	100.0
<b>TOTAL</b>	9	21	30
<b>Row %</b>	30.0	70.0	100.0

ANÁLISIS: Se observa que de 17 pacientes con manejo expectante de Preclampsia Grave a 9 pacientes se evacuaron después de 48 hrs y 8 pacientes se evacuaron antes de las 48 hrs por diferentes causas, y 13 pacientes no recibieron manejo expectante por lo que se evacuaron antes de 48 horas.

**TABLA 3 :**  
**CRITERIOS DE INTERRUPCION PARA EL MANEJO EXPECTANTE DE**  
**PRECLAMPSIA GRAVE**

Manejo expectante	Creatinina mayor de 1.2 mg/dl	Crisis Hipertensiva	MAS DE UNO	NO APLICA	Oliguria	Plaquetopenia	Transaminasas elevadas	TOTAL
<b>Si</b>	0	3	3	9	1	0	1	17
<b>Row %</b>	0.0	17.6	17.6	52.9	5.9	0.0	5.9	100.0
<b>No</b>	2	1	3	5	1	1	0	13
<b>Row %</b>	15.4	7.7	23.1	38.5	7.7	7.7	0.0	100.0

ANALISIS: De las 17 pacientes en las que se inició manejo expectante de Preclampsia grave 3 pacientes se interrumpió el manejo expectante por Crisis Hipertensiva, y la misma cantidad por presentar más de un criterio de interrupción, y 1 paciente por oliguria y 1 paciente por transaminasas elevadas. 9 pacientes que recibieron manejo expectante y fueron evacuadas después de 48 horas no presentaron ningún criterio de interrupción.

De 13 pacientes que no recibieron manejo expectante 5 fueron por estado fetal no alentador, 3 por presentar más de un criterio de interrupción, 2 por creatinina sérica mayor de 1.2 mg/ dl y 1 paciente presentó Crisis Hipertensiva, 1 paciente Plaquetopenia y 1 transaminasas elevadas.

**TABLA 4:**  
**COMPLICACIONES MATERNAS QUE SE PRESENTARON EN PACIENTES**  
**CON MANEJO EXPECTANTE DE PRECLAMPSIA GRAVE**

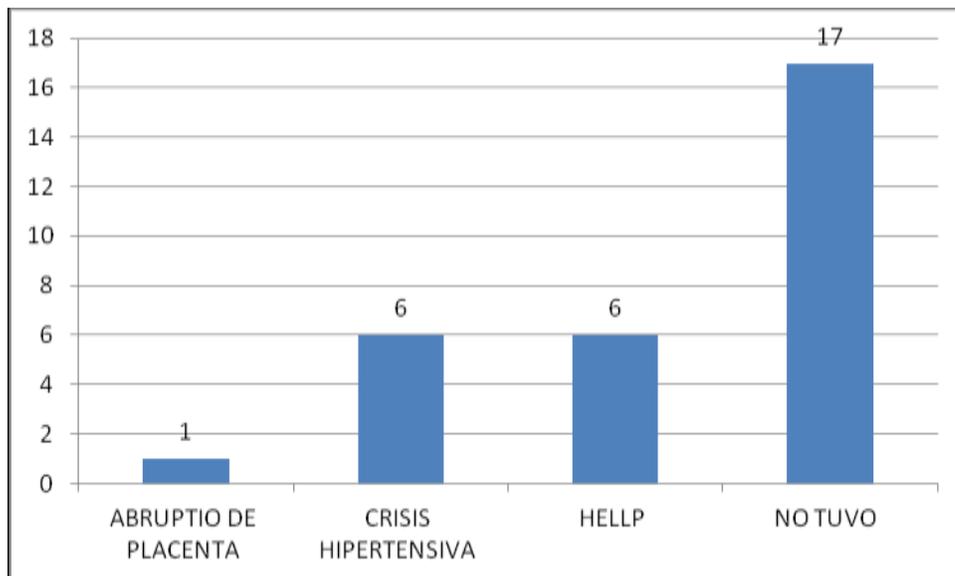
<b>MANEJO EXPECTANTE</b>			
<b>Complicaciones maternas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ABRUPCIO DE PLACENTA</b> Row %	<b>1</b> <b>100.0</b>	<b>0</b> <b>0.0</b>	<b>1</b> <b>100.0</b>
<b>CRISIS HIPERTENSIVA</b> Row %	<b>4</b> <b>66.7</b>	<b>2</b> <b>33.3</b>	<b>6</b> <b>100.0</b>
<b>HELLP</b> Row %	<b>3</b> <b>50.0</b>	<b>3</b> <b>50.0</b>	<b>6</b> <b>100.0</b>
<b>NO TUVO</b> Row %	<b>9</b> <b>52.9</b>	<b>8</b> <b>47.1</b>	<b>17</b> <b>100.0</b>
<b>TOTAL</b> Row %	<b>17</b> <b>56.7</b>	<b>13</b> <b>43.3</b>	<b>30</b> <b>100.0</b>

ANALISIS: De las 30 personas que entraron en el estudio se demostró que 1 paciente que se le brindó manejo expectante de Preclampsia Grave presentó Abrupecio de placenta. Que de las 6 pacientes que presentaron Crisis Hipertensiva 4 pacientes habían recibido manejo expectante y el 2 pacientes no habían recibido manejo expectante.

De las 6 pacientes que presentaron Síndrome de HELLP 3 pacientes habían recibido manejo expectante y 3 pacientes no fueron manejo expectante. Además de las 17 pacientes que no presentaron complicaciones maternas 9 habían sido manejados en forma expectante y el 8 no había sido manejada en forma expectante.

**TABLA 5: COMPLICACIONES MATERNAS**

Complicaciones Maternas	Frecuencia	Porcentaje
ABRUPTIO DE PLACENTA	1	3.3%
CRISIS HIPERTENSIVA	6	20.0%
HELLP	6	20.0%
NO TUVO	17	56.7%
Total	30	100.0%



ANALISIS: En esta tabla se demuestra que las complicaciones maternas más frecuentes fueron Crisis Hiertensiva y Síndrome de HELLP y que la complicación menos frecuente fue Abruption de placenta.

**TABLA 6:**  
**COMPLICACIONES MATERNAS EN RELACIÓN CON LA EDAD**

COMPLICACIONES MATERNAS					
EDAD	ABRUPTIO DE PLACENTA	CRISIS HIPERTENSIVA	HELLP	NO TUVO	TOTAL
<b>10-19</b>	0	5	1	5	11
<b>Row %</b>	0.0	45.5	9.1	45.5	100.0
<b>20-29</b>	1	0	3	7	11
<b>Row %</b>	9.1	0.0	27.3	63.6	100.0
<b>30-39</b>	0	1	2	5	8
<b>Row %</b>	0.0	12.5	25.0	62.5	100.0
<b>TOTAL</b>	1	6	6	17	30
<b>Row %</b>	3.3	20.0	20.0	56.7	100.0

ANALISIS: Del 100 % (11) de las mujeres entre 10 a 19 años que se estudiaron ninguna presentó Abrupcio de placenta, 5 pacientes presentaron Crisis Hipertensiva, 1 paciente presentó Síndrome de HELLP y 5 no presentaron complicaciones.

Entre el grupo de 20 a 29 años 1 paciente presentó Abrupcio de placenta y 3 pacientes presentaron Síndrome de HELLP, y 7 pacientes no presentaron ninguna complicación.

Entre el grupo de 30 a 39 años 1 paciente presentó Crisis Hipertensiva, 2 pacientes presentaron Síndrome de HELLP y 5 pacientes no presentó complicaciones.

**TABLA 7:**

**COMPLICACIONES MATERNAS POR GRAVIDEZ DE LA PACIENTE**

<b>COMPLICACIONES MATERNAS</b>					
<b>PARIDAD</b>	<b>ABRUPTIO DE PLACENTA</b>	<b>CRISIS HIPERTENSIVA</b>	<b>HELLP</b>	<b>NO TUVO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>multípara Row %</b>	1 10.0	0 0.0	2 20.0	7 70.0	10 100.0
<b>primigesta Row %</b>	0 0.0	6 30.0	4 20.0	10 50.0	20 100.0
<b>TOTAL Row %</b>	1 3.3	6 20.0	6 20.0	17 56.7	30 100.0

ANALISIS: Del 100 % de las pacientes estudiadas 20 pacientes fueron primigesta de las cuales 10 no presentaron complicaciones, 6 pacientes presentaron Crisis Hipertensiva y 4 presentaron Síndrome de HELLP

10 pacientes fueron Multíparas de estas el 7 no presentaron complicaciones, 4 presentaron Síndrome de HELLP y 1 presentó Abruption de Placenta.

**TABLA 8: APGAR**

APGAR	Frecuencia	Porcentaje
7 o menos	3	10.0%
Más de 7	27	90.0%
Total	30	100.0%

Del 100% de neonatos nacidos el 90% presentó APGAR mayor de 7 y el 10% presentó un APGAR menor de 7.

**TABLA 9:**  
**RELACIÓN DE MADURACIÓN PULMONAR Y COMPLICACIONES**  
**NEONATALES EN MENORES DE 7 DÍAS.**

<b>MADURACION PULMONAR</b>			
<b>Complicaciones Neonatales menor de 7 días</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Distress respiratorio Row %</b>	<b>13 50.0</b>	<b>13 50.0</b>	<b>26 100.0</b>
<b>MEMBRANA+DISTRESS Row %</b>	<b>4 100.0</b>	<b>0 0.0</b>	<b>4 100.0</b>
<b>TOTAL Row %</b>	<b>17 56.7</b>	<b>13 43.3</b>	<b>30 100.0 100.0</b>

ANALISIS: De los 30 Recién Nacidos 26 presentaron Síndrome de Distress Respiratorio de los cuales 13 recibieron Manejo Expectante de Preclampsia Grave y 13 no; y 4 presentaron Membrana Hialina mas Distress Respiratorio de estos el 100 % habían recibido manejo expectante.

**TABLA 10:**  
**APGAR Y MANEJO EXPECTANTE**

<b>MANEJO EXPECTANTE</b>			
<b>APGAR</b>	Si	No	TOTAL
<b>7 o menos Row %</b>	1 33.3	2 66.7	3 100.0
<b>más de 7 Row %</b>	16 59.3	11 40.7	27 100.0
<b>TOTAL Row %</b>	17 56.7	13 43.3	30 100.0

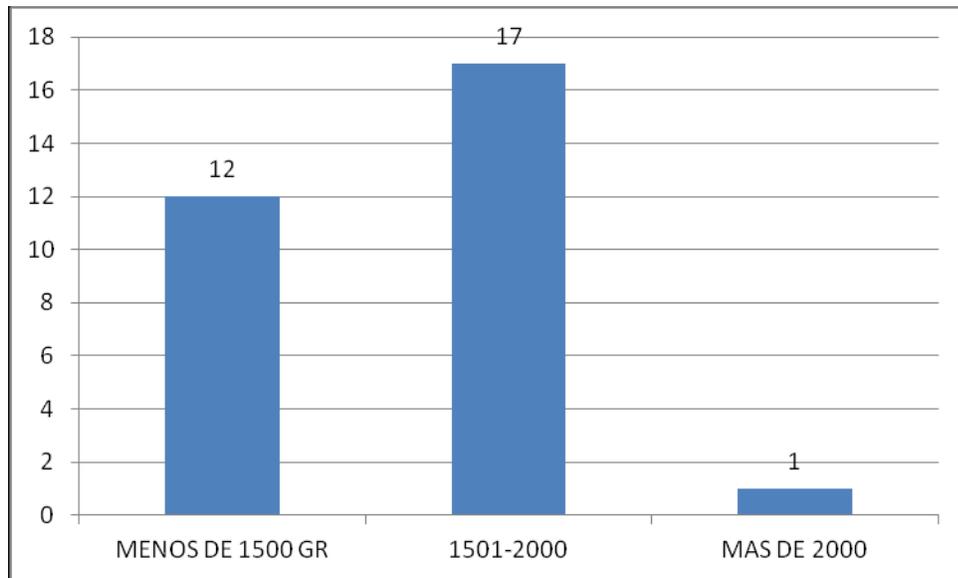
ANALISIS: De los 30 Recién Nacidos 27 obtuvieron un APGAR mayor de 7 de los cuales 16 habían recibido Manejo expectante y 11 no; Mientras que de los 3 pacientes que obtuvieron APGAR menor de 7; 1 recibió manejo Expectante de Preclampsia Grave y 2 no recibieron manejo expectante.

**TABLA 11:**  
**COMPLICACIONES NEONATALES EN MENORES DE 7 DÍAS**

Complicaciones Neonatales menor de 7 días	Frecuencia	Porcentaje
Distress respiratorio	26	86.7%
MEMBRANA+DISTRESS	4	13.3%
Total	30	100.0%

ANALISIS: El Distraes Respiratorio fue la complicación neonatal más frecuente con un 86.7 % y el 13.3% presentó Membrana más Distraes Respiratorio.

## PESOS DE NEONATOS



La mayor cantidad de Recién Nacidos presentaron pesos entre 1501 y 2000 gramos y en menor cantidad los que presentaron más de 2000 grs.

## **CONCLUSIONES**

1. El total de pacientes a las que se les dio manejo Expectante de Preclampsia Grave fueron 17 pacientes ( 100% )de las cuales 52.9 % ( 9 pacientes ) fueron evacuadas 48 hrs posterior a cumplir maduración pulmonar completa y 47.1% ( 8 pacientes ) fueron evacuadas 48 hrs antes de haber cumplido maduración pulmonar ya sea por compromiso materno o feal.
2. El 20% (6 casos) tuvieron más de un criterio para interrumpir el manejo expectante de los cuales 3 habían iniciado manejo expectante. El 13% (4) casos fueron a causa de Crisis Hipertensiva de estos 3 habían iniciado manejo expectante y 1 no. El criterio de interrupción menos frecuentes fue plaquetopenia junto con transaminasas elevadas con un porcentaje de 3.3% (1 paciente) para ambos criterios.
3. La complicación materna más frecuente en las pacientes que recibieron Manejo Expectante de Preclampsia Grave fue Crisis Hipertensiva con 23.5 % (4 casos) y la menos frecuente Abrupcio de placenta con 5.9 % (1 caso), además se pudo observar que entre los grupos etarios las mujeres entre 10 y 19 años y primigestas fueron las que presentaron con más frecuencia las complicaciones maternas. Dentro de las

complicaciones neonatales más frecuentes es el Síndrome de Distraes Respiratorio el cual se presento en el 86.7% (26 casos) de los Neonatos independientemente si se brindó manejo Expectante de Preclampsia Grave o no; y en menor porcentajes Distress Respiratorio mas Membrana Hialina con 13.3 % ( 4 casos ) observando una mejoría en el grado de severidad de Distress Respiratorio que presentaban al nacer.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda que el manejo expectante se prolongue por más 48 horas con monitoreo cuidadoso de signos vitales del binomio materno-feta tal como lo recomienda la literatura internacional.
2. Brindar la atención adecuada a la paciente monitorizando constantemente la presencia de signos y síntomas de alarmas maternos-fetales con el fin de llevar el manejo expectante hasta después de 48 horas siempre cuando el bienestar materno fetal lo permita.
3. Aunque se observa que el 100% de los productos que recibieron manejo expectante presentaron Distress Respiratorio es importante cumplir la maduración pulmonar ya que esta disminuye la severidad de Distress que el neonato pueda presentar.
4. Se propone realizar un estudio de cohorte prospectivo con duración de al menos 2 años con el objetivo de ampliar el conocimiento de los resultados perinatales del manejo expectante del Hospital Nacional de Maternidad

## BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño, Acad. Dr. Manuel Díaz de León-Ponce, Dr. Ángel González-Vargas, Et al. Resultado perinatal con tratamiento conservador en la preeclampsia-eclampsia. Reporte preliminar Cirugía y cirujanos, 2003; volumen 71: 112-115 disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2003/cc032g.pdf>.
2. Carlos Briceño Pérez, Liliana Briceño Sanabria. Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia severa: ¿tratamiento agresivo o expectante? Ginecología y Obstetricia México Volumen 75, Núm. 2, febrero, 2007;75:95-103 disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom072g.pdf>
3. Laura A. Magee, Michael Helewa, Jean-Marie Moutquin, et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders Of Pregnancy y. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada, volume 30 número 3 2008, páginas s24-s36 disponible en: [http://www.preeclampsia.org/pdf/gui206CPG0803\\_001.pdf](http://www.preeclampsia.org/pdf/gui206CPG0803_001.pdf)
4. Dra. Nidia López, Dra. Amelia Benasconi, Dra. Alicia Lapidus, et al. Manejo de la Preclampsia Grave- Eclampsia, FASGO 2006 páginas de la 1-17 disponible en:  
<http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/coneclampsia.pdf>
5. Dra. María Teresa Leis Márquez, Dr. Mario Roberto Rodríguez Bosch, Dr. Maynor Alfonso García Diagnostico y manejo de la Preclampsia-

Eclampsia. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia septiembre 2009 pág. 437-485 disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2010/gom106f.pdf>

6. Antoinette C. Boltea, Herman P. van Geijna, Gustaav A. Dekkerb  
Tratamiento y control de la preeclampsia grave European Journal of  
Obstetricians and Gynecology and Reproductive Biology 2001 pag  
392 a 405
7. Cuningham, Leveno, Bloom et al. Williams Obstetricia 23 a edición  
McGraw- Hill Interamericana editores S.A de C.V. 2011 pág 706-  
756.
8. M. I Cañate Palomo Urgencias en Ginecología y obstetricia FISCAM  
pág 89-102.
9. Pritchard JA, Weisman R Jr, Ratnoff OD, Vosburgh GJ: Intravascu-lar  
hemolysis, thrombocytopenia and other hematologic abnormalities  
associated with severe toxemia of pregnancy. N Engl J Med 1954,  
250:89-98.
10. Sibai BM: Imitators of severe pre-eclampsia/eclampsia. Clin  
Perinatol 2004, 31:835-852.

# **ANEXOS**

## ***Instrumento de recolección de datos***

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

No. afiliación: \_\_\_\_\_

Grado de Escolaridad: \_\_\_\_\_

Empleada: \_\_\_\_\_ Profesional: \_\_\_\_\_

Ama de casa: \_\_\_\_\_ Obrera: \_\_\_\_\_

Estado civil: Casada: \_\_\_\_\_ Soltera: \_\_\_\_\_

Unión estable: \_\_\_\_\_

Paridad: Primer embarazo \_\_\_\_\_ 2 o más embarazos \_\_\_\_\_

Procedencia: Urbano: \_\_\_\_\_ Rural: \_\_\_\_\_

Manejo conservador: Si: \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_

No\_\_causa \_\_\_\_\_

Maduración Pulmonar Completa Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Evacuación: 48h post a maduración pulmonar: \_\_\_\_\_

Antes de 48h de maduración pulmonar: \_\_\_\_\_

Causa de Interrupción del Manejo Expectante: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_ Si: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

TA mayor de 160/110 mmHg a pesar de tratamiento antihipertensivo: \_\_\_\_\_

Diuresis menor de 500 cc en 24 Hrs: \_\_\_\_\_

Recuento plaquetario menor de 100000: \_\_\_\_\_

Creatinina mayor de 1.2 mg: \_\_\_\_\_

DHL mayor de 600 UI/L: \_\_\_\_\_

Elevación de la transaminasas: \_\_\_\_\_

Presencia de Signos Clínicos de deterioro de la paciente: \_\_\_\_\_

Trastornos de conciencia, vértigo, acúfenos, hiperreflexia \_\_\_\_\_

Trastornos visuales: Escotomas, Diplopia, visión borrosa: \_\_\_\_\_

Dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho: \_\_\_\_\_

Signos clínicos de Edema agudo de pulmón: \_\_\_\_\_

Signos clínicos de CID: \_\_\_\_\_

Signos clínicos de Deterioro Fetal: \_\_\_\_\_

Hallazgos patológicos en el monitoreo fetal electrónico: \_\_\_\_\_

Flujometría anormal: \_\_\_\_\_

Complicaciones neonatales en los primeros 7 días:

Distress respiratorio \_\_\_\_\_ Insuficiencia respiratoria: \_\_\_\_\_

Asfixia perinatal: \_\_\_\_\_

Muerte neonatal o intrauterino: \_\_\_\_\_

Ventilación mecánica: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_

Membrana Hialina: \_\_\_\_\_

Via del parto: Vaginal: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_

Complicaciones Maternas: \_\_\_\_\_

Sd de HELLP: \_\_\_\_\_

Crisis hipertensivas \_\_\_\_\_

Urgencia Hipertensiva: \_\_\_\_\_

Emergencia Hipertensiva: \_\_\_\_\_

Abrupcio de placenta: \_\_\_\_\_

Eclampsia: \_\_\_\_\_

